UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 27

DE LA SUPPRESSION

DU DRAINAGE PRÉVENTIF DU PÉRITOINE

DANS LES LAPAROTOMIES POUR ANNEXITES SUPPURÉES

*

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Février 1922

PAR

Jean GREGORJ

Né à Marseille, le 14 Mai 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre 3

1922

DE LA SUPPRESSION

DU DRAINAGE PRÉVENTIF DU PÉRITOINE

DANS LES LAPAROTOMIES

POUR ANNEXITES SUPPURÉES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0161

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 27

DE LA SUPPRESSION

DU DRAINAGE PRÉVENTIF DU PÉRITOINE

DANS LES LAPAROTOMIES POUR ANNEXITES SUPPURÉES

*

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Février 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jean GREGORJ

Né à Marseille, le 14 Mai 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre 3

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
		TEDENAT.
Clinique chirurgicale		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
		GAUSSEL.		ETIENNE.
		EUZIERE.		LAPEYRE.
		RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
		MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie		DELMAS (J.)		CABANNES.
Chimie		MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. MASSABUAU, professeur, *président* | MM. RICHE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur. | LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE COMMANDANT ANTOINE LIPARELLI

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

J. GRÉGORJ.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR IMBERT

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESCAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUÉRIN-VALMALE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX

J. GRÉGORJ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

A MON JURY DE THÈSE

J. GRÉGORJ.

DE LA SUPPRESSION

DU DRAINAGE PRÉVENTIF DU PÉRITOINE

DANS LES LAPAROTOMIES

POUR ANNEXITES SUPPURÉES

INTRODUCTION

Pour la plupart des chirurgiens, le drainage préventif du péritoine après les laparotomies pour annexites suppurées conserve quatre indications capitales :

1° L'impossibilité d'une péritonisation complète ;

2° La persistance d'une hémorragie en nappe dont il aura été impossible de se rendre maître au cours de l'hémostase ;

3° La souillure du péritoine, au cours de l'intervention, par des produits septiques tels que le pus d'une poche annexielle ou le contenu intestinal ;

4° L'obligation d'abandonner dans le péritoine des débris d'organes infectés et inextirpables.

Au début de notre séjour dans le service de M. le professeur Imbert, pénétré de ces idées classiques, nous

avons été frappé de voir notre maître et ses collaborateurs terminer par la fermeture complète de l'abdomen, des interventions dont les incidents auraient semblé constituer une indication formelle pour un drainage préventif.

A l'exception de quelques cas où il existait déjà, dans le péritoine, une collection purulente qu'il fallut drainer pour l'évacuer (1), toutes les interventions effectuées pendant notre présence dans le service, pour annexites suppurées, furent terminées par la suture de la paroi sans drainage, alors même que des incidents sérieux semblaient devoir inspirer des craintes pour les suites opératoires.

Il nous a paru intéressant de mettre en relief les excellents résultats obtenus par cette méthode qui a fait ses preuves au cours de plusieurs centaines d'hystérectomies. Nous avons recherché, dans la pratique de M. le professeur Imbert et de ses deux chefs de clinique, M. le docteur Hayem, chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Zwirn, un certain nombre d'observations particulièrement édifiantes par la gravité des cas, les difficultés de l'intervention, les accidents survenus et où il fallut une réelle audace au chirurgien pour laisser à la grande séreuse péritonéale le soin de sa propre défense.

Cette audace, que justifiait déjà la confiance des opérateurs dans une technique impeccable, est aujourd'hui consacrée par une expérience considérable.

Le péritoine est doué d'une très grande capacité de résistance aux infections à la condition que rien ne vienne altérer ses moyens de défense. Sa sensibilité aux diverses

---

(1) Nous avons choisi le terme de drainage préventif, afin d'éliminer, de notre étude, ces cas où il y a déjà du pus collecté dans le péritoine et où le drainage est logique puisqu'il existe une cavité qu'un drain pourra évacuer efficacement.

causes d'irritation est telle, qu'il suffit de la présence d'un corps étranger, même aseptique, d'un traumatisme physique ou chimique minime pour rendre possible le développement d'une infection dont un péritoine intact, aurait triomphé aisément. Il se défend efficacement malgré l'inoculation d'une assez grande quantité de germes, mais il résiste mal à une série d'inoculations continues. Si, au cours d'une intervention, le pus virulent d'une poche annexielle a été répandu abondamment, si l'intestin a été ouvert et le champ opératoire envahi par son contenu, on peut refermer sans crainte après avoir parfaitement asséché et extirpé complètement l'annexe infectée ou réparé correctement l'intestin déchiré. Si, au contraire, on a abandonné un débris de trompe ou si on a négligé une déchirure insignifiante, l'infection sera possible par les inoculations successives qui se produiront.

Il résulte de ces données physio-pathologiques qu'une technique opératoire strictement respectueuse de cette susceptibilité pourra fonder le plus grand crédit sur la défense spontanée du péritoine. C'est, à notre avis, l'application rigoureuse de ce principe fondamental de la chirurgie abdominale qui vaut à la technique de M. le professeur Imbert et de ses élèves ses plus beaux succès.

Le drainage préventif du champ opératoire devait, en effet, être considéré comme une complication inutile et dangereuse par un chirurgien doublement confiant dans la défense d'un terrain scrupuleusement ménagé et dans une technique parfaite dans tous ses détails.

Ce sont les résultats obtenus par cette méthode et leur interprétation qui constitueront cette étude.

Nous envisagerons successivement:

1° La résistance naturelle du péritoine aux infections et les conditions de cette résistance;

2° Les diverses méthodes de drainage et les critiques que l'on peut en faire;

3° Les indications classiques du drainage péritonéal préventif et leur discussion;

4° La technique de M. le professeur Imbert.

CHAPITRE PREMIER

La résistance naturelle du péritoine aux infections et les conditions de cette résistance

Il est intéressant d'étudier quels sont les moyens de défense naturels du péritoine afin de mieux juger par quelle conduite on pourra le mieux les ménager et les favoriser au cours d'une intervention.

Le péritoine présente deux propriétés remarquables au point de vue de la résistance aux infections:

1° Son pouvoir d'absorption;

2° Son pouvoir d'exsudation:

Enfin un rôle très important est dévolu à l'épiploon ainsi que nous le verrons plus loin.

1° Pouvoir de résorption du péritoine. — Le péritoine peut assimiler jusqu'à leur complète disparition, les liquides et certaines particules solides. Des quantités étonnantes de liquides peuvent être absorbées par la voie péritonéale. Chez l'homme adulte, le pouvoir résorbant serait de trois à six litres par heure. Les liquides organiques, le sang par exemple, sont fort bien résorbés. Trois facteurs expliquent l'activité de cette absorption: les phénomènes d'osmose, la filtration par pression positive, l'action vitale du péritoine.

a) *Les phénomènes d'osmose.* — Ils ne présentent rien de particulier dans la cavité péritonéale, ils varient seulement avec la nature du liquide à absorber.

b) *La filtration par pression positive.* — Il existe à l'intérieur de la cavité péritonéale une pression naturellement supérieure à celle existant dans les capillaires veineux et les lymphatiques.

Cette pression, déterminée par l'action des muscles de la paroi, subit l'influence des mouvements respiratoires et augmente avec la quantité du liquide épanché.

c) *L'action vitale du péritoine.* — C'est par l'action directe de la séreuse et grâce à l'activité des leucocytes que se fait la résorption des corps étrangers microscopiques et des micro-organismes.

En injectant des particules colorées dans des péritoines d'animaux, on a pu constater que la résorption des solides se faisait exclusivement par les lymphatiques qui apparaissaient bientôt colorés par les particules qu'ils véhiculaient (Milian).

Un certain nombre d'expériences démontrent qu'il y a un élément vital dans ces divers phénomènes; si on modifie les conditions physiologiques du péritoine par des solutions antiseptiques, l'absorption est considérablement retardée et l'ingestion d'une quantité normalement inoffensive de germes peut provoquer une péritonite (expérience de Grawitz).

Nous reviendrons sur ce sujet afin d'insister sur les ménagements qu'on doit observer, à l'égard de cette séreuse, au cours de la laparotomie, pour lui conserver tout son pouvoir vital.

2° Pouvoir d'exsudation du péritoine. — L'activité exsudative du péritoine n'est pas moins remarquable; à l'état normal, la séreuse est recouverte d'une mince couche de liquide dont la sécrétion, sous l'influence d'une irritation, augmente rapidement.

Exsudation séreuse. — Ce liquide péritonéal exsudé, très riche en globules blancs et en fébrinogène, jouit des mêmes propriétés biologiques que le sérum sanguin. Les globules blancs agissent directement sur les éléments figurés. Quant au sérum exsudé, il a conservé ses propriétés et joue un rôle certain dans la défense contre les micro-organismes et les toxines élaborées (bactériolysines de Pfeiffer, antitoxines de Behring).

Il nous a paru intéressant d'insister sur la défense humorale du péritoine. Il est vraisemblable, en effet, chez les malades atteintes de lésions de péri-annexite, plus ou moins refroidies, que des inoculations successives ont pu réaliser une véritable auto-vaccination.

Exsudation plastique. — Le fibrinogène contenu dans le liquide péritonéal, par sa transformation en fibrine, donne lieu à la formation d'adhérences et c'est là un des modes de défense les plus actifs du péritoine.

Très rapidement, il se forme, en diverses parties de la séreuse, un enduit poisseux, collant, qui les rend cohésives et les agglutine les unes aux autres. Il en résulte une série de cloisonnements susceptibles d'isoler complètement une portion de la cavité abdominale, de limiter ainsi une infection, d'aveugler une petite perforation intestinale et d'éviter l'absorption en masse des toxines qui se produirait si celles-ci diffusaient librement dans la totalité de la séreuse. La formation de ces adhérences est très rapide;

un corps étranger, placé dans le péritoine, en est entouré en douze heures. Les anses intestinales sont très vite immobilisées par accolement réciproque et cette action est très favorable, car les mouvements péristaltiques brasseraient les liquides de culture et les amèneraient au contact des parties éloignées du foyer primitif.

Le rôle de l'épiploon. — Les diverses propriétés du péritoine se retrouvent au plus haut degré dans l'épiploon dont le rôle, particulièrement actif dans la défense de la cavité abdominale, a été mis en lumière ces dernières années. Cet organe, bien que dépourvu de fibres musculaires lisses est indiscutablement doué de mouvements qui lui sont imprimés par le diaphragme. Ces mouvements, suivant la remarque de Cornil, sont « intelligents » c'est-à-dire qu'ils dirigent l'épiploon vers le point menacé: il va obstruer une solution de continuité de la paroi, s'étaler au devant d'une perforation intestinale, enrober un corps étranger. Les expériences de Milian et de Heger ont montré que les corps étrangers aseptiques (poudre de carmin, perles de verre) sont saisis et balayés par l'épiploon. Milian a vu des bactéries charbonneuses, injectées expérimentalement, « prises à la glu épiploïque » et y former un véritable feutrage. Le même auteur a vu des segments de viscère, insérés dans le péritoine, entourés et littéralement digérés par l'épiploon.

Il faut donc respecter, autant que possible, cet auxiliaire précieux, ne pas le réséquer inutilement, mais, au contraire, chercher à l'amener en contact avec les surfaces infectées et l'y fixer au besoin.

CHAPITRE II

Critiques des différentes méthodes employées pour le drainage du petit bassin chez la femme

Depuis que Kœberlé, en 1867, décrivit les tubes en verre dont il se servait pour drainer le ventre par la plaie abdominale après les laparotomies, les méthodes les plus diverses, les matériaux de drainage les plus variés, ont été employés. Trois procédés classiques résument actuellement toutes les méthodes essayées et sont employés d'une façon à peu près exclusive dans la pratique courante.

1° Le drainage tubulaire, qui est le procédé de Kœberlé, modifié;

2° Le drainage capillaire, qui utilise les propriétés absorbantes de certains matériaux tel que la gaze;

3° Le drainage capillaire mixte où l'on a essayé d'atténuer les inconvénients des deux premiers procédés en les associant.

Deux voies peuvent être utilisées pour l'évacuation des liquides à drainer: la voie abdominale et la voie vaginale.

1° *Le drainage tubulaire*

Le drainage tubulaire fut le premier employé. Déjà Peaslée, en 1855, après toutes les interventions sur le petit

bassin de la femme, plaçait dans le cul-de-sac de Douglas une sonde molle sortant par le vagin. Kœberlé, douze ans plus tard, eût l'idée de drainer par la voie abdominale.

Les deux voies utilisables pour le drainage de l'abdomen étaient donc indiquées dès les premières applications de la méthode. Marion Sims, en 1872, après une série d'autopsies pratiquées sur des sujets ayant succombé des suites de péritonites post-opératoires, constata, dans presque tous les cas, un liquide louche exsudé dans le péritoine; il en fit la cause de l'infection et devint le véritable propagateur de la méthode. On trouve ainsi à l'origine du drainage, cette notion, d'ailleurs faussement interprétée, d'une sécrétion nuisible qu'on devra s'efforcer d'évacuer. Pour assurer l'écoulement de ces liquides, deux voies étaient possibles:

1° La plaie abdominale incomplètement refermée;

2° Le vagin après ouverture du cul-de-sac de Douglas ou l'enlèvement du col.

a) Drainage abdominal. — Voyons comment un tube placé dans la cavité abdominale est susceptible de remplir le but qu'on pourrait en attendre, c'est-à-dire d'évacuer les liquides sécrétés. Pierre Delbet, par des expériences concluantes, a démontré que la condition *sine qua non* d'un drainage efficace, était l'existence d'une cavité préformée. En effet, le drainage tel que l'avait conçu Chassaignac, était destiné à évacuer des liquides déjà collectés. Un drain placé dans un péritoine normal, c'est-à-dire n'offrant qu'une cavité virtuelle, est donc détourné de son but logique. Ceci s'applique exclusivement comme nous le disons dès le début, au drainage préventif pour lequel on se propose d'évacuer les liquides susceptibles de s'écouler dans un péritoine sain, à l'exclusion des cas où il existe

déjà une collection formée. Voici d'ailleurs comment Delbet rapporte une première expérience qu'il fit sur le cadavre: « Je remplis, dit-il, l'abdomen de liquide, soit directement, soit après l'avoir largement ouvert, soit au moyen d'un trocart; je place ensuite un tube au-dessus du pubis. L'abdomen est ensuite fermé de manière qu'il ne reste plus d'autre orifice que celui du tube. Ce tube était tantôt en verre, tantôt en caoutchouc perforé ou non perforé latéralement. On exerce sur le ventre des pressions considérables destinées à remplacer et au-delà de la pression abdominale absente. On est surpris de voir que, dans ces conditions, rien, absolument rien, ne s'écoule par le tube ». L'auteur explique ce résultat par l'action des anses intestinales mobiles qui viennent s'appliquer contre les orifices du tube et en obstruer la lumière.

Expérimenté sur l'animal vivant, le tube ne fonctionne pas mieux, l'obstruction du drain est encore plus complète grâce à la réaction vitale du péritoine. Sur deux chiens sacrifiés après avoir été porteurs d'un drain, le tube était chez le premier complètement entouré de fausses membranes et d'anses intestinales adhérentes entre elles; sur le second, il était développé par l'épiploon. Il est donc prouvé qu'un drain placé dans le péritoine est immédiatement obstrué par les anses intestinales qui viennent s'accoler contre lui et qu'il est d'ailleurs très rapidement entouré de fausses membranes qui lui forment un manchon et l'extériorisent de la cavité péritonéale. Le liquide que l'on voit s'écouler par les tubes placés chez les opérés est dû à la réaction sécrétoire locale du péritoine.

Delbet ne conclut pas de ces expériences que le drainage du péritoine soit inutile: il pense plutôt que les drains agissent en provoquant la formation d'adhérences et en isolant anisi la région où ils ont été placés.

Mais la production d'adhérences n'est pas le seul mode de défense du péritoine, et c'est assurément le plus dangereux pour l'avenir. Quel faible avantage en regard des inconvénients auxquels on s'expose! Ces mêmes adhérences dont on recherche l'apparition seront, pour l'avenir, la cause de douleurs, d'accidents d'occlusions dont Legueu a constaté la fréquence particulière chez des opérés à qui on avait placé un drain dans le péritoine. La formation de ces adhérences est une réaction de défense à l'égard du drain lui-même dont elles limitent fort heureusement l'action et la nocivité. Le tube se comporte comme un corps étranger et l'irritation mécanique qu'il provoque se traduit par la formation de ces adhérences et d'un suintement séreux qu'on a souvent pris pour une preuve de son efficacité. Mais la présence d'un corps étranger dans le péritoine est une cause de moindre résistance. Welch ayant injecté sur vingt-trois chiens un centimètre cube de bouillon de culture de staphylocoques ne vit jamais apparaître de péritonite. Celle-ci se produisit régulièrement chez neuf chiens à qui il avait introduit en même temps dans l'abdomen, des fragments de pommes de terre.

Dans le cas où on place un drain pour évacuer un épanchement aseptique, on a vu l'infection secondaire favorisée par le drain. Kelly retrouva des staphylocoques sept fois sur seize drains qu'il avait placés dans des conditions d'asepsie parfaite.

L'éventration se produit surtout après l'emploi du Mickulicz, mais elle est parfois consécutive au simple drainage tubulaire. Celui-ci est en outre une cause de retard dans la guérison; il laisse toujours une cicatrice large, inesthétique souvent exubérante. Au moment où l'on retire le drain, il se produit quelquefois des hémorragies secondaires fort graves. Enfin, on a reproché au drainage

avec juste raison, semble-t-il, de faciliter les thromboses pelviennes et de créer une prédisposition à l'embolie et à la phlébite (Forgue et Massabuau). Même lorsque aucun de ces accidents ne survient, il est la cause de tiraillements pénibles pour l'opéré et rend obligatoire le renouvellement précoce du pansement post-opératoire auquel un chirurgien ne se résoud qu'à contre-cœur.

b) Drainage vaginal. — C'est l'espoir d'éviter une partie de ces inconvénients et la possibilité d'utiliser la déclivité naturelle de la cavité abdominale qui ont déterminé un certain nombre de chirurgiens à adopter la voie vaginale.

Un des avantages que semble présenter le drainage vaginal est d'être en réalité un drainage sous-péritonéal, grâce au cloisonnement possible du petit bassin. On suture l'S iliaque au péritoine vésical et on constitue ainsi un diaphragme séreux isolant complètement la cavité pelvienne. Un drain vaginal est alors placé au-dessous de ce diaphragme, faisant communiquer la cavité pelvienne exclue avec le vagin. Cette technique a pour résultat d'extrapéritoniser les surfaces dénudées du petit bassin, de mettre une barrière à l'infection ascendante. Elle permet en outre de rétablir la continuité du péritoine pelvien et de réunir *per primam* la paroi abdominale.

Une première remarque s'impose dès maintenant : le drainage vaginal, tel que nous venons de le décrire, ne peut se réaliser efficacement et logiquement qu'après une hystérectomie totale. Il est classique de dire, en effet, que l'on peut également drainer par le vagin après une hystérectomie subtotale, soit que l'on ouvre le cul-de-sac postérieur, soit que l'on fende longitudinalement le col et le cul-de-sac de Douglas, ou encore que l'on passe le drain

à travers le canal cervical dilaté et cautérisé. Mais il s'agit là de techniques compliquées, rarement employées en pratique. Malgré cette possibilité théorique, on peut remarquer que tous les chirurgiens qui considèrent le drainage vaginal comme indispensable après les interventions septiques, pratiquent systématiquement, dans ces cas-là, des hystérectomies totales (Parrical de Chammard).

Ce choix d'une intervention plus longue, plus compliquée et plus grave, n'est pas justifié par les avantages que l'on retire de cette méthode de drainage. Extérioriser par un cloisonnement une partie de la cavité abdominale que l'on croit vouée à l'infection, c'est en somme faire la part du feu, encore faut-il que l'incendie soit certain et surtout ne pas risquer de le provoquer, même circonscrit. On met, en effet, le petit bassin que l'on veut drainer en communication avec une cavité éminemment septique. La désinfection d'un vagin est toujours difficile et aléatoire; parviendrait-on à la réaliser que les culs-de-sac glandulaires, refuge inviolable de la flore vaginale, ont tôt fait de déverser à nouveau leurs produits septiques. C'est courir des risques graves que de faire communiquer le péritoine avec cette source d'inoculations possibles.

Et ce n'est pas là un reproche théorique: l'infection secondaire par la voie vaginale ascendante a été constatée cliniquement.

Voici ce que rapportent Hartmann et Morax dans une étude comparée sur le drainage vaginal et le drainage abdominal: « Nous avons pu constater par la statistique que le drainage n'est peut-être pas étranger à certaines élévations de température. La majorité des suites apyrétiques appartient en effet aux cas non drainés, les éléva-

tions moyennes se rattachent au drainage abdominal, les températures les plus élevées au drainage vaginal ». Heureusement, ces suites opératoires, légèrement fébriles, sont la plupart du temps, bénignes. Il faut en savoir gré à la réaction de défense du péritoine, mais peut-être vaudrait-il mieux ne pas la mettre à l'épreuve. En résumé, si le drainage vaginal est logique toutes les fois qu'il y a une collection à évacuer dans le cul-de-sac de Douglas, lorsque on a affaire à une cavité pelvienne simplement cruentée ou même inoculée au cours d'une intervention, il est certainement dangereux; nous démontrerons plus loin qu'il est inutile.

2° *Le drainage capillaire*

Le drainage capillaire utilise les propriétés absorbantes de certains corps poreux tels que la gaze ou le coton. Il agit à la fois comme procédé de tamponnement et de drainage. Par son emploi on se propose en effet de réaliser trois buts:

1° Absorber les liquides épanchés dans le champ opératoire;

2° Réaliser l'hémostase des surfaces suintant en nappe;

3° Provoquer la formation d'adhérences péritonéales.

1° *Pouvoir d'absorption.* — On sait qu'un corps poreux, au contact d'un liquide, se laisse imbiber jusqu'à ce qu'il soit saturé. A ce moment là le phénomène s'arrête s'il n'est pas entretenu par l'évaporation.

2° *Action hémostatique.* — Le tamponnement est certainement le procédé le plus efficace pour arrêter une hémorragie en nappe. Mais il n'est pas nécessaire de le prolonger au delà de la durée de l'intervention. L'appli-

cation provisoire d'une compresse qu'on retire avant de terminer, suffit à réaliser une hémostase durable.

3° *Action cloisonnante.* — La présence d'un tampon détermine au niveau du péritoine une exsudation plastique qui s'organise peu à peu et forme des adhérences autour du point tamponné. Il en résulte un cloisonnement permettant d'exclure une région du reste de la cavité abdominale.

De tous les procédés de tamponnement, c'est la méthode de Mikulicz qui a connu le plus de faveur : on place au fond de la cavité à drainer, une sorte de bourse en gaze iodoformée à laquelle on fixe un double fil de soie destiné à la retirer. On introduit alors dans cette bourse des compresses peu tassées que l'on enlève progressivement pendant les jours suivants. Si l'action du tamponnement est indéniable contre les hémorragies en nappe, son efficacité est très limitée en ce qui concerne l'évacuation des liquides suintés. La gaze est très rapidement saturée et il se forme, à sa surface libre, une croûte qui entrave l'évaporation. A partir de ce moment-là, elle devient plutôt un obstacle à l'évacuation des liquides. En tant que procédé de drainage, le tamponnement à la gaze n'est pas plus efficace que le drainage tubulaire. Quant à son action cloisonnante, elle ne présente rien de spécial et nous avons déjà vu, ce qu'il fallait en penser.

Les avantages réduits du tamponnement sont contrebalancés par des inconvénients fort graves : l'ablation du Mikulicz, en effet, est très douloureuse et provoque souvent des hémorragies secondaires. Enfin, la fermeture de la paroi en est considérablement retardée et sa solidité diminuée. L'éventration se produit dans 50 % des cas. Ce sont là des inconvénients évidemment

disproportionnés avec les faibles services que les partisans de la méthode eux-mêmes en attendent lorsqu'il s'agit d'un suintement séreux ou d'une légère hémorragie en nappe. Mikulicz a désavoué cet emploi de sa méthode « au moment de l'antisepsie, écrit-il, ces surfaces dénudées et cruentées étaient tout particulièrement à redouter. Avec l'ère de l'asepsie rigoureuse, elles le sont beaucoup moins. Nous-même qui, jusqu'à ces dernières années avions considéré des cas analogues comme une indication stricte de drainage, nous ne considérons plus la possibilité d'une certaine hémorragie, ni la destruction étendue de la surface péritonéale comme une indication de drainage ».

La plupart des chirurgiens ont renoncé au Mikulicz et nous n'en parlerions que par intérêt historique s'il ne comptait encore des défenseurs aussi éminents que MM. J.-L. Faure, de Martel, Dartigues. Le tamponnement du petit bassin par la voie abdominale présente d'ailleurs des difficultés et un certain nombre de chirurgiens ont essayé de tamponner au moyen d'une mèche sortant par le vagin. Rien n'est plus mauvais que ce procédé: la compresse est imbibée par les sécrétions vaginales aussi bien que par les suintements pelviens et l'on ne sait, au juste, si c'est le petit bassin qui se draine par le vagin ou le vagin qui se draine dans le petit bassin.

3° *Le drainage capillaire mixte*

On peut le pratiquer de deux façons, soit en disposant un ou plusieurs drains au milieu de compresses de gaze, soit en remplissant la cavité d'un drain avec des mèches absorbantes.

Le premier procédé n'est qu'un Mikulicz modifié, il en

présente tous les inconvénients et il ne semble pas que la présence des tubes améliore beaucoup l'écoulement des liquides.

Le deuxième procédé semblerait moins condamnable, il présente, cependant, tous les inconvénients du drainage tubulaire, quant à la mèche intérieure, destinée à suppléer à la *vis a tergo* souvent insuffisante, on peut lui adresser le reproche commun à tous les drainages capillaires: c'est de rendre possible l'infection par voie rétrograde, une fois qu'elle est complètement imbibée.

CHAPITRE III

Les indications classiques du drainage péritonéal préventif et leur discussion

Nous venons de voir au prix de quels inconvénients les diverses méthodes de drainage répondaient faiblement à leurs indications. Ce sont ces indications elles-mêmes que nous allons examiner successivement afin de juger, à l'épreuve de l'expérience, jusqu'à quel point elles sont légitimes.

A l'exception de quelques rares chirurgiens qui drainent systématiquement, même après les interventions les plus normales, la plupart des opérateurs réservent le drainage pour les cas dont les difficultés inspirent des craintes pour les suites opératoires. Pour ceux-ci le drain est une soupape de sûreté destinée à évacuer les sécrétions séreuses ou les épanchements sanguins, considérés comme nuisibles, après une intervention difficile ou septique. Aussi bien, avec les progrès de l'asepsie et l'amélioration des techniques, a-t-on vu son emploi se restreindre peu à peu. Actuellement, pour la grande majorité des chirurgiens, quatre éventualités comportent à peu près exclusivement, l'indication d'un drainage préventif :

1° La péritonisation des surfaces cruentées n'est pas complète ;

2° L'hémostase est douteuse ;

3° Du pus, des matières fécales ou de l'urine ont été déversés sur le péritoine au cours d'une intervention accidentée;

4° On a laissé, dans la cavité abdominale, des lambeaux de tissus morbides et septiques, impossibles à extirper.

1° *Péritonisation incomplète.* — La péritonisation des surfaces dénudées est un temps très important sur lequel les chirurgiens ont beaucoup insisté ces dernières années. Quénu et Judet ont consacré, à la question de la péritonéoplastie, un article très complet: « Le fait d'appliquer, sur une surface dénudée et cruentée, un lambeau de péritoine, a pour premier et important résultat de supprimer toute exsudation à ce niveau; en dehors de l'économie de sang qui en résulte, il y a, assurément, une diminution notable des chances d'infection. La péritonisation a encore pour avantage de supprimer les chances d'occlusions post-opératoires signalées assez fréquemment ».

Dans certains cas, cependant, où le chirurgien se trouve en présence d'annexites suppurées anciennes, ayant contracté des adhérences si intimes que leur libération entraîne des délabrements considérables, il est impossible de péritoniser complètement. Mais le fait est rare, si l'on s'efforce, avec de la patience, de reconstituer le péritoine pelvien, on y parvient dans presque tous les cas. Il est toujours possible, d'ailleurs, d'isoler le petit bassin par une péritonisation à deux étages. On établit d'abord un premier plan en ramenant au contact les débris des ligaments larges, les restes du péritoine prérectal et le péritoine vésical, puis on constitue un étage superposé de péritonisation haute en réunissant le lambeau péritonéal antérieur à l'S iliaque et, sur les côtés, au péritoine pariétal postérieur (Forgue et Massabuau).

Ainsi donc, avec une bonne technique, on ne doit se trouver qu'exceptionnellement dans l'obligation d'abandonner, dans la cavité abdominale, des surfaces dépéritonisées et il est toujours possible de pallier aux inconvénients de cette éventualité. Parmi les douze observations qui se trouvent à la fin de ce travail et qui ont été choisies sur le total de cinquante hystérectomies effectuées pendant une année entière, comme celles ayant présenté le maximum de difficultés, il n'y en a que quatre qui se rapportent à des cas où la péritonisation avait été défectueuse.

Mais la rareté de ces cas n'exclut pas leur possibilité et il y a lieu de se demander s'il ne vaudrait pas mieux alors, placer un drain ou tamponner à la Mikulicz. Berruyer, qui a consacré sa thèse à la question, conclut que la perfection de la péritonéoplastie doit décider de l'emploi ou de l'abstention du drainage. D'après lui, le drainage est inutile lorsque la péritonéoplastie est parfaite. Dans les cas que nous rapportons aux observations I, II, VIII, XI, on s'est abstenu de drainer malgré des difficultés et des lacunes dans la péritonisation, précédées d'accidents graves (obs. I et II) déjà inquiétants par eux-mêmes. Les malades ont fort bien guéri avec des suites opératoires très simples.

Que peut-on craindre en pareil cas? Des adhérences intestinales? Mais le drain et, surtout, le tamponnement à la Mikulicz, que l'on emploie parfois, n'agiraient à leur tour qu'en créant des adhérences. Craint-on un suintement séreux? L'évacuation du liquide n'est pas indispensable; nous avons vu qu'on pouvait compter sur le pouvoir de résorption du péritoine pour l'éliminer. D'ailleurs, le tamponnement est plutôt un obstacle à l'écoulement des sérosités, comme en témoignent ces flots de

liquide qui s'échappent lorsqu'on enlève un Mikulicz. Le drainage tubulaire ne donne pas un meilleur résultat: le drain, nous l'avons vu, est très rapidement entouré d'adhérences et devient, à son tour, une cause d'exsudation locale par l'irritation qu'il provoque. Cette dernière particularité a fréquemment donné le change sur l'efficacité du drainage. Enfin la cavité abdominale n'étant pas fermée hermétiquement, la filtration par pression positive dans la cavité péritonéale, dont nous avons pu voir le rôle dans la résorption des sécrétions séreuses, est entravée.

Quant aux hémorragies en nappes, susceptibles de se produire au niveau des surfaces dépéritonisées, nous les envisagerons à propos de l'hémostase.

2° *L'hémostase n'a pu être assurée d'une façon parfaite.* — Depuis que l'on pratique méthodiquement la ligature isolée des pédicules anatomiques normaux, l'hémostase ne comporte plus les incertitudes d'autrefois. On ne redoute plus guère, en fait d'hémorragie, que les suintements en nappe qui se produisent au niveau des surfaces dénudées et pour lesquelles la péritonisation, lorsqu'elle est possible, est le procédé hémostatique le plus efficace. Tout ce que nous avons dit à propos de la péritonisation s'applique donc ici.

Dans le cas où une surface impossible à péritoniser continue à suinter, y a-t-il lieu de drainer pour évacuer le sang épanché ou de faire un tamponnement dont on utilisera à la fois l'action hémostatique et les propriétés absorbantes? On peut pratiquer un tamponnement provisoire en appliquant une compresse contre la surface saignante. Si on laisse cette compresse en place jusqu'à la fin de l'intervention, il est exceptionnel de voir persister le suintement.

D'ailleurs, ces suintements, abandonnés à eux-mêmes, s'arrêtent assez vite sous l'influence de la pression intra-péritonéale positive; en drainant, on se prive de cette force. Il est enfin prouvé qu'un péritoine sain résorbe aisément une grande quantité de sang. L'évolution d'un épanchement, dépend des conditions aseptiques dans lesquelles il se trouve. L'infection à craindre est bien plutôt celle venue du dehors que l'infection primitive au cours de l'intervention. Drainer ce serait établir une communication entre l'extérieur et le foyer sanguin et risquer de l'infecter secondairement. Notre maître, M. le professeur Imbert, ne draine jamais en pareil cas et a toujours vu évoluer favorablement les hématocèles post-opératoires traitées par l'expectation.

3° *Le péritoine a été souillé au cours de l'intervention par des produits septiques.* — C'est là une des indications les plus controversées. Lorsque, au cours d'une intervention laborieuse, une poche annexielle se crève et que du pus est répandu dans le péritoine, doit-on drainer? La plupart des interventions ayant lieu après le refroidissement des lésions, on a beaucoup discuté pour savoir si ce pus était stérile ou non. Hartmann et Morax ont pratiqué des ensemencements à propos de trente-trois cas de collections purulentes des annexes; les résultats ont été positifs vingt fois. En ouvrant une de ces collections, on doit donc toujours penser à la virulence possible du pus répandu. Certains auteurs, Schauta, Wertheim, Kelly, ont même proposé d'en pratiquer extemporanément l'examen microscopique, afin de décider de la conduite à tenir. Cependant l'expérience démontre que l'on peut se passer de drainer même lorsqu'on a déversé, dans le péritoine,

un pus dont la virulence est cliniquement démontrée par des poussées fébriles récentes. Les observations IV et V se rapportent à des cas où des collections purulentes, ayant été ouvertes au cours de l'intervention, on termina, néanmoins, par la fermeture complète de l'abdomen, après avoir simplement asséché le champ opératoire. Cette bénignité de la contamination du péritoine par le pus annexiel s'explique nous l'avons vu par l'auto-vaccination produite au cours de l'évolution des lésions par des inoculations légères et répétées.

L'ouverture de l'intestin ou de la vessie, surtout, lorsqu'elle est suivie de souillures par des matières fécales ou de l'urine, est considérée comme une indication indiscutable du drainage préventif. Cependant, si l'on nettoie soigneusement son champ opératoire et surtout si l'on ne traumatise pas le péritoine par des lavages antiseptiques, on peut quand même fermer sans drainer après avoir réparé la brèche ouverte. Au cours des interventions relatées aux observations I et II, le rectum fut ouvert au moment où l'on s'efforçait de libérer des adhérences tenaces; l'une de ces malades ayant pris un purgatif la veille, par erreur, le petit bassin fut littéralement inondé de matières fécales. Dans ce cas, comme dans l'autre, on s'abstint de drainer et les deux opérées guérirent fort bien. On peut en conclure que l'inoculation du péritoine par le contenu intestinal, n'entraîne pas l'obligation de drainer. Si les produits septiques ont été complètement évacués et la vitalité du péritoine respectée, on peut compter sur une évolution très favorable. Les physiologistes admettent que les sécrétions péritonéales ont un pouvoir d'inhibition assez marqué sur le développement de la flore intestinale.

4° *La persistance de tissus septiques.* — Cette indication est certainement la plus rare. Pour toute la série d'interventions dans laquelle nous avons puisé nos observations, nous n'en relevons aucun cas. Il est cependant possible qu'un morceau de trompe infecté, fortement adhérent, ait dû être abandonné au cours d'une intervention laborieuse. Si ces fragments sont peu importants, la péritonisation étant satisfaisante et les lésions paraissant refroidies, il est évident que tout drainage serait superflu. S'il s'agit, au contraire, par exemple, d'un débris de trompe important et profondément infecté, il faudra considérer les glandes de la muqueuse tubaire, bourrées de pus, comme autant de foyers septiques, sources possibles d'inoculations répétées. Nous avons vu que ces cas étaient les plus défavorables à la résistance du péritoine. M. le professeur Imbert pense qu'il vaut mieux drainer dans ces cas là. Le drainage est alors un mal nécessaire dont il faut préférer les inconvénients au risque d'une infection grave.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que ces cas, où il existe dans le péritoine un foyer infecté qui n'a pas été enlevé, sortent du cadre de notre étude qui se propose d'envisager strictement le drainage préventif.

CHAPITRE IV

Technique employée par M. le professeur Imbert.

La suppression systématique du drainage préventif dans les laparotomies pour annexites suppurées, ne comporte aucune technique spéciale. Il nous a paru utile cependant de décrire dans ses grandes lignes la technique employée habituellement par M. le professeur Imbert et ses collaborateurs, avant de publier les observations qui en relatent les résultats.

Pour les annexites suppurées bilatérales, M. le professeur Imbert pratique exclusivement des hystérectomies abdominales subtotales. Cette intervention présente sur l'hystérectomie totale plusieurs avantages:

1° Elle est beaucoup plus simple et plus rapide dans son exécution;

2° Elle expose beaucoup moins à l'hémorragie, à l'ouverture des uretères et est beaucoup plus bénigne dans ses résultats;

3° Elle évite l'ouverture du vagin, organe très septique, et, par la conservation du col assure un plancher pelvien plus stable.

La rachianesthésie à la syncaïne est seule employée. L'anesthésie générale à l'éther étant réservée pour les cas où la rachianesthésie serait incomplète ou trop courte. Mais cette éventualité est extrêmement rare. Un quart d'heure avant l'intervention, on injecte un centigramme de morphine. Grâce à cette précautions, l'anes-

thésie est presque toujours excellente malgré l'emploi d'une dose faible de 8 centigrammes de syncaïne. Avec ces faibles doses, on évite les accidents dus à la syncaïne et les cas de céphalée rebelle après les rachianesthésies ont complètement disparu.

Après l'intervention, ou même au cours de celle-ci, on administre 0 gr. 25 de caféine, afin de combattre l'action déprimante de l'anesthésique.

La malade étant ensuite placée en position de Trendelenbourg *très inclinée,* on pratique l'incision médiane longitudinale de la paroi de l'ombilic au pubis et on place une valve sus-pubienne de Doyen. On obtient ainsi un jour excellent et on a un accès très facile sur les viscères pelviens.

On fixe alors des compresses sur les deux lèvres de l'incision. L'intestin, refoulé par la pesanteur dans la concavité du diaphragme, est isolé par un barrage épais de compresses en gaze qui reste en place pendant toute la durée de l'intervention et sépare la grande cavité pelvienne du petit bassin.

Lorsqu'il se trouve en présence d'annexes volumineuses, adhérentes, des deux côtés, aux parois pelvinns, M. le professeur Imbert pratique très volontiers la section médiane de l'utérus, selon la technique de J.-L. Faure.

Si au cours de la libération des annexes, une poche de pus est ouverte dans le péritoine, on se contente d'assécher soigneusement sans jamais procéder à un lavage antiseptique. L'ouverture accidentelle du rectum n'est pas davantage considérée comme un accident grave, mais on apporte le plus grand soin à la réparer par une suture en deux plans.

L'hémostase est assurée par la ligature isolée de chaque pédicule vasculaire, on évite ainsi les gros moignons

de ligatures en masse. S'il se produit une hémorragie en nappe, on tamponne avec une compresse qui reste en place jusqu'à la fin de l'intervention. Ce tamponnement provisoire, si on prend bien soin de ne pas déplacer la compresse, suffit à assurer une hémostase durable.

La tranche de section du col est fermée aussi hermétiquement que possible et on procède alors à la péritonisation des surfaces dénudées et à l'enfouissement des pédicules ligaturés. Ce temps est exécuté avec le plus grand soin, sans, toutefois, que le fait d'abandonner une petite surface dépéritonisée ou de ne pouvoir enfouir un pédicule, soit considéré comme une circonstances très défavorable.

Lorsque l'opération a été complète, c'est-à-dire qu'on a réussi à extirper entièrement les annexes malades et à réparer les accidents qui ont pu se produire, on ne draine jamais.

L'opération terminée, on procède à la suture méthodique de la paroi plan par plan. Le péritoine est réuni par un surjet au catgut. On accole, par un deuxième surjet les muscles droits et l'aponévrose antérieure, et on achève en suturant la peau par points séparés au crin de Florence.

Cette technique réalise, au maximum, nous semble-t-il, l'idéal chirurgical qui doit tendre, après une intervention, à replacer les organes dans un ordre anatomique aussi normal que possible.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite double. — Déchirure du rectum au cours de l'intervention.— Inondation du péritoine par des matières fécales.— Péritonisation imparfaite.— Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mme M. A..., âgée de 25 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu, le 2 juillet 1920, pour pertes blanches et douleur dans le bas-ventre.

A l'examen, on trouve l'annexe droite augmentée de volume, mais peu douloureuse. L'annexe gauche est prolabée dans le cul-de-sac de Douglas.

Opération le 5 juillet 1920. Rachianesthésie.

On trouve l'ovaire gauche augmenté de volume, occupant tout le cul-de-sac de Douglas et fortement adhérent au rectum.

Au cours de sa libération, il se produit une déchirure longitudinale du rectum.

Une purge ayant été administrée, la veille, par erreur, à cette opérée, le gros intestin était plein de matières liquides qui inondent le champ opératoire.

La déchirure est aussitôt aveuglée par plusieurs points de suture, on déterge et on assèche soigneusement le péritoine à l'aide de compresses, mais on ne pratique aucun lavage antiseptique, et l'intervention se poursuit normalement.

On péritonise péniblement avec l'anse sigmoïde. Malgré la gravité de l'accident survenu, on ferme complètement la paroi en trois plans sans drainer.

Les suites de l'opération sont bonnes. Cette opérée est sortie complètement guérie le 14 août 1920.

Observation II

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale pour salpingite droite et tumeur kystique de l'ovaire gauche. — Ouverture du rectum. — Péritonisation incomplète. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mme M. T..., âgée de 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 28 octobre 1920, pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, on trouve l'annexe droite volumineuse et douloureuse. A gauche, on sent une petite tumeur rénitente, mobile et indépendante de l'utérus.

Opération le 2 novembre 1920. Rachianesthésie.

On trouve, à gauche, un kyste dermoïde du parovaire, et, à droite, une trompe obstruée et bourrée de pus.

En décollant la trompe droite, on ouvre le rectum. On ferme la déchirure par une suture en deux plans.

La péritonisation du petit bassin est incomplète.

On suture complètement la paroi en trois plans, sans drainer.

Les suites opératoires sont normales.

La malade sort guérie le 28 novembre 1920.

Observation III

(Inédite)

(Service de M, le professeur Imbert)

Hystérectomie subtotale pour salpingite double. — Adhérences multiples et résistantes. — Large déchirure de la vessie. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mlle J. V..., âgée de 23 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu, le 7 avril 1920, pour pertes blanches abondantes et douleurs dans les deux fosses iliaques.

A l'examen, on sent tout le petit bassin empâté; les annexes droite et gauche sont douloureuses.

Opération le 12 avril 1920. Rachianesthésie.

Des adhérences multiples et très solides unissent, en bloc, l'intestin, l'épiploon, la vessie, l'utérus et les annexes. Au cours du décollement vésical, il se produit une large déchirure de la vessie que l'on suture en deux plans.

On ferme la paroi en trois plans sans drainer et on place une sonde à demeure.

Les suites opératoires sont très satisfaisantes. La malade sort complètement guérie le 9 mai.

Observation IV

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale pour salpingite double. — Ouverture d'une poche purulente dans le péritoine. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mlle E. C..., âgée de 19 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu, le 27 août 1920, pour douleurs abdominales bilatérales et pertes blanches abondantes, consécutives à une fausse couche survenue il y a un an et pour laquelle elle est déjà venue dans le service.

Opération le 8 octobre 1920.

A droite et à gauche, les trompes sont bourrées de pus. Au cours de la libération des annexes, une poche purulente se rompt et il y a écoulement de pus dans le champ opératoire. La péritonisation se fait aisément. Fermeture sans drainage.

Malgré cet accident, les suites opératoires sont excellentes et cette opérée sort complètement guérie au bout de seize jours.

Observation V

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite double. — Adhérences multiples, — Ruptures de poches suppurées à droite et à gauche. — Fermeture sans drainage. — Guérison

Mlle X..., âgée de 21 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu, pour douleurs anciennes dans les deux fosses iliaques.

A l'examen, on sent les annexes douloureuses, augmentées de volume et fluctuantes.

Opération le 30 juin 1920. Rachianesthésie.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les trompes bourrées de pus et présentant, avec l'intestin grêle, de solides adhérences entraînant plusieurs coudures. Au cours de la libération de ces adhérences, on ouvre deux poches suppurées à droite et à gauche. On enlève le pus écoulé au moyen de compresses et on termine sans aucun lavage antiseptique.

Fermeture complète de la paroi sans drainage.

Malgré l'inoculation du péritoine par l'ouverture de ces deux foyers purulents, les suites opératoires sont normales et l'opérée sort guérie le vingt et unième jour.

Observation VI

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie pour annexite double avec pelvipéritonite et appendicite. — Dépéritonisation d'une anse grêle. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mme L. M..., âgée de 32 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu, le 21 novembre 1920, pour des pertes blanches abondantes, des douleurs du ventre sans localisation spéciale et des troubles généraux inquiétants, vomissements, pouls petit et rapide.

Au palper et au toucher, on sent le petit bassin totalement empâté.

Opération le 1er décembre 1920, après dix jours de repos au lit et application de glace sur le ventre. Rachianesthésie.

On trouve, adhérent solidement à la face postérieure de l'utérus, une anse grêle qui est dépéritonisée pendant sa libération. Plusieurs points de suture sont nécessaires pour répéritoniser.

L'ablation de l'utérus et des annexes est fort laborieuse. L'appendice cæcal enflammé, descend presque dans le cul-de-sac de Douglas. Il est extirpé.

Les suites opératoires sont bonnes. La malade sort guérie le 4 janvier 1921.

Observation VII

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie pour suppuration ancienne du petit bassin. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mme G..., 32 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 24 août 1920, pour douleurs intermittentes dans le bas-ventre avec symptômes généraux.

A l'examen: les deux fosses iliaques sont empâtées et douloureuses, mais on arrive à localiser une zone particulièrement sensible, légèrement au-dessous du point de Mac Burney.

Opération le 27 août 1920. La rachianesthésie insuffisante est complétée par l'anesthésie générale à l'éther.

On trouve le petit bassin bâti par de nombreuses adhérences anciennes. L'appendice cæcal complètement entouré d'adhérences est extirpé péniblement.

L'utérus et les annexes sont enlevés non sans difficulté. La paroi est fermée complètement en trois plans, sans drainage.

Les suites opératoires sont excellentes. La malade, complètement guérie, sort au bout d'un mois.

Observation VIII

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdomidale subtotale pour annexite double, adhérences multiples de l'épiploon et des organes du petit bassin.— Péritonisation défectueuse. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mme L. B..., âgée de 40 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu, le 10 décembre 1920.

Cette malade souffre depuis plusieurs années de douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen: on trouve un col utérin métritique, le corps est augmenté de volume et solidement immobilisé en rétroversion. Les annexes sont empâtées et douloureuses.

Opération le 12 décembre 1920. Rachianesthésie.

On trouve l'utérus et les annexes enfouis dans le petit bassin et disparaissant sous l'épiploon adhérent à la vessie.

On libère la vessie et l'épiploon et on trouve alors les annexes dans le cul-de-sac de Douglas qui est complètement fermé par des adhérences. On dégage l'annexe droite et on termine par le procédé américain de droite à gauche.

La péritonisation est pénible en arrière.

Fermeture complète de la paroi en trois plans sans drainage. Les suites opératoires sont bonnes. Cette opérée sort guérie le vingt-cinquième jour.

Observation IX

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite double chez une malade ayant présenté des phénomènes d'occlusion intestinale. — Adhérences nombreuses. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mme R. N..., âgée de 29 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu, le 16 juin 1920, pour métrorragies abondantes.

Cette malade avait présenté, il y a quelques temps, des phénomènes d'occlusion intestinale.

A l'examen: l'utérus est en rétroversion, les annexes droite et gauche sont augmentées de volume. Le cul-de-sac de Douglas est empâté et douloureux.

Opération le 21 juin 1920. Rachianesthésie.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'annexe gauche fortement adhérente au fond du cul-de-sac de Douglas; l'annexe droite adhère au fond utérin et à une anse grêle. Il en résulte une coudure intestinale qui devait être la cause des phénomènes d'occlusion.

Les deux trompes sont bourrées de pus. On libère les adhérences et on termine par une hystérectomie subtotale classique.

Les suites opératoires sont normales.

L'opérée sort complètement guérie le 2 juillet 1920.

Observation X

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale pour métrite hémorragique et annexite double. — Fermeture sans drainage. — Décès.

Mlle L. M..., âgée de 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 18 janvier 1920, pour métrorragies abondantes consécutives à une fausse couche et ayant déterminé chez cette malade, un état général inquiétant.

A l'examen, on trouve l'utérus en rétroversion complète. Les culs-de-sac latéraux du vagin sont empâtés et douloureux au toucher.

Opération le 22 janvier. Rachianesthésie. On procède à une hystérectomie subtotale très laborieuse avec section médiane de l'utérus. Les annexes sont petites mais extrêmement adhérentes. La péritonisation est pénible.

Suites opératoires: décès le lendemain.

Cette opérée a succombé vraisemblablement des suites du choc opératoire. L'intervention longue et laborieuse à laquelle on dut recourir en présence des lésions rencontrées constituait une épreuve au-dessus des forces de résistance de cette malade réduite à un état d'anémie extrême.

On ne peut donc imputer à l'absence de drainage ce décès survenu sans élévation de température, sans réaction péritonéale et en si peu de temps qu'une péritonite n'aurait pu avoir le temps d'évoluer.

Observation XI

(Inédite)

(Service de M. le professeeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite double. — Rupture de nombreuses adhérences. — Péritonisation défectueuse. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mme Y. F..., âgée de 24 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu, le 14 janvier 1920 pour des pertes blanches et des douleurs dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen : annexes augmentées de volume. On éveille une douleur très vive en touchant le cul-de-sac vaginal gauche.

Opération le 17 janvier. Hystérectomie subtotale sous rachianesthésie.

On trouve, à droite, un ovaire scléro-kystique et une trompe fermée, mais non distendue, à gauche un kyste de l'ovaire et une trompe obstruée et fortement distendue. On est obligé de libérer de nombreuses adhérences. Péritonisation défectueuse.

On termine par la suture complète de la paroi en trois plans sans drainage.

Les suites opératoires sont des plus satisfaisantes. La malade sort guérie le quatorzième jour.

Observation XII

(Inédite)

(Service de M. le professeur Imbert)

Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite double. — Annexes adhérentes. — Epanchement hématique. — Fermeture sans drainage. — Guérison.

Mlle M. P..., âgée de 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 2 janvier 1920, pour métrorragies et douleurs dans le bas-ventre consécutives à un avortement.

A l'examen: métrite et annexite double.

Opération le 9 janvier 1920. Anesthésie à l'éther. On pratique une hystérectomie abdominale subtotale. Les annexes sont petites, mais adhérentes. A gauche, la trompe est fermée. On constate la présence d'un léger épanchement hématique. L'ovaire est normal. A droite, la trompe est également obstruée.

On termine par la fermeture de la paroi, sans drainage.

Les suites opératoires sont normales; la malade sort complètement guérie le vingtième jour.

CONCLUSIONS

I. — Depuis quelques années, parallèlement avec les progrès de l'asepsie, la technique de l'hystérectomie abdominale pour annexite suppurée est parvenue à un tel degré de précision, qu'il est actuellement inutile de recourir au drainage préventif, même après des interventions très difficiles.

II. — Le drainage de la cavité abdominale est d'ailleurs illusoire. La condition indispensable d'un drainage efficace est l'existence d'une cavité préformée. Or, le péritoine, dans lequel on place un drain, n'offre qu'une cavité virtuelle. Ce drain est impuissant à évacuer les liquides sécrétés et ne fonctionne guère que pour la petite poche que lui constituent les adhérences très rapidement formées autour de lui. Les partisans du drainage invoquent, pour en justifier l'emploi, la formation de ces adhérences qui isoleraient du reste, de la cavité abdominale, la partie suspecte où l'on a mis le drain.

III. — En réalité, ce drainage préventif est inutile après une intervention complète, même si des accidents sérieux se sont produits. Le péritoine est doué d'un très grand pouvoir de résistance aux infections à la condition qu'on le place dans les conditions anatomiques et phy-

TABLEAU SYNOPTIQUE DES OBSERVATIONS

Nos	NOMS ET AGES	DATES DE L'INTERVENTION	NATURE DE L'INTERVENTION	PARTICULARITÉS PRÉSENTÉES PAR L'INTERVENTION	RÉSULTATS
I	Marie A..., 25 ans	5 Juillet 1920	Hystérectomie abdominale subtôtale pour annexite double.	Déchirure du rectum, inondation du péritoine par des matières fécales, péritonisation imparfaite.	Guérison Sortie le 14 Août 1920
II	Marie T..., 26 ans	2 Novembre 1920	Hystérectomie abdominale subtotale pour salpingite droite et tumeur kystique de l'ovaire gauche.	Ouverture du rectum, péritonisation incomplète.	Guérison Sortie le 28 Novembre 1920
III	Julie V..., 23 ans	12 Avril 1920	Hystérectomie abdominale subtotale pour salpingite double.	Adhérences multiples et résistantes, large déchirure de la vessie.	Guérison Sortie le 9 Mai 1920
IV	Elise C..., 19 ans	8 Octobre 1920	Hystérectomie abdomidale subtotale pour salpingite double.	Ouverture d'une poche purulente dans le péritoine.	Guérison Sortie le 24 Octobre 1920
V	Mlle X..., 21 ans	30 Juin 1920	Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite double.	Rupture de deux poches suppurées.	Guérison Sortie le 20 Juillet 1920
VI	Louise M..., 32 ans	1er Décembre 1920	Hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie pour annexite double avec pelvipéritonite et appendicite.	Adhérences d'une anse grêle à l'utérus, dépéritonisation étendue au cours de la libération.	Guérison Sortie le 4 Janvier 1921
VII	Mme G..., 32 ans	27 août 1920	Hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie pour suppuration ancienne du petit bassin.	Libération et extirpation de l'appendice cœcal.	Guérison Sortie le 27 septembre 1920
VIII	Laurentine B..., 40 ans	12 Décembre 1920	Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite double.	Adhérences multiples de l'épiploon et des organes du petit bassin. Péritonisation defectueuse.	Guérison Sortie le 5 Janvier 1921
IX	Redegonde N..., 29 ans	21 Juin 1920	Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite double.	Libération de nombreuses adhérences.	Guérison Sortie le 2 Juillet 1920
X	Louise M..., 23 ans	22 Janvier 1920	Hystérectomie abdominale subtotale pour métrite hémorragique et annexite double.	Annexes très adhérentes des deux côtés.	Décès le 23 Janvier 1920
XI	Yvonne F..., 24 ans	17 Janvier 1920	Hystérectomie abdominale subtorale pour annexite double.	Rupture de nombreuses adhérences. Péritonisation défectueuse.	Guérison Sortie le 31 Janvier 1920
XII	Marie P..., 28 ans	6 Janvier 1920	Hystérectomie abdominale pour annexite double.	Annexes fortement adhérentes.	Guérison Sortie le 29 Janvier 1920

siologiques favorables. Il faudra donc le ménager le plus possible et, surtout, s'abstenir de tout lavage antiseptique nuisible pour la vitalité de cette séreuse.

IV. — Il y a lieu d'insister sur la bénignité de la contamination par le pus contenu dans les poches annexielles.

M. le professeur Imbert pense que le péritoine est préparé à lui résister par les inoculations successives qui se sont produites au cours de l'évolution des lésions. Il y a là un véritable phénomène d'auto-vaccination par lequel les humeurs et en particulier les sécrétions péritonéales s'enrichissent d'anticorps spécifiques qui leur permettent de triompher aisément des germes répandus (expérience de Pfeiffer).

V. — L'expérience clinique, appuyée sur un grand nombre de cas, parmi lesquels plusieurs fort graves, démontre que les opérées guérissent fort bien et avec des suites opératoires plus simples lorsqu'on s'abstient de drainer.

VI. — Il faut donc éviter, à ces malades, les graves inconvénients du drainage dont les principaux sont:

1° L'infection secondaire par voie rétrograde;

2° Des retards dans la cicatrisation;

3° Des éventrations fréquentes;

4° Des adhérences douloureuses et des occlusions post-opératoires;

5° Des embolies, des hémorragies secondaires, des fistules intestinales que l'on a vu se produire au moment où on enlève le drain.

BIBLIOGRAPHIE

Aubert (V.). — Le drainage après les interventions par voie abdominale sur le petit bassin de la femme. Thèse de Lyon, 1903.

Andard (E.). — Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées. Thèse de Paris, 1903.

— *Tribune médicale,* Paris, 1904, 2e s., xxxvi, p. 69-71.

Amann. — Zur Deckung Grœsserer peritoneal Defekte im Kleinen Becken bei eingreifenden abdominalen operationen. Congrès Intern. des sciences médicales, Paris, 1900, section de gynécolog., p. 435.

Aubert (L.). — Ueber die Tecknik der zum Zweck einer Drainage ausgeführten Hysteromien bei Laparotomien. *Zentralblatt f. Gyn.*, Leipzig, 1912, xxxvi 327-329.

Bowee (J.-W.). — Gynecological pelvis drainage: indications, methods, and materials. *Surg:. Gynecol. et Obstet.,* Chicago, 1919, xxviii, 514,

— *South. Surg. Ass.,* 1918, Phila, 1919, xxx, 325-331.

Gynecologio pelvic drainage. *J. M. Ass.,* Chicago, 1912, lix, 249-252.

Baltera (J.). — Le drainage dans les affections utéro-annexielles. Thèse Lausanne, 1908, 57 p. 8°.

Boxer et Novak. — Recherches expérimentales sur le drainage. *Wiener Klin. Woch.*, t. XXIII, n° 7, 1910.

Baldwin (J.-F.). — Methods of drainage in pelvic abdominal surgery. Tr. Am. Assoc. Obstetr. et Gyn., New-York, 1910, XXII, 229-236.

Brettaner (J.). — A study of the results of abdominal hysterectomy for fibroids of the uterus wih and without drainage. Medical News, New-York, 1905 LXXXVII, 782-785.

Berruyer (G.). — Du drainage du péritoine après laparotomie pour lésions utéro-annexielles et de la péritonéoplastie pelvienne. Thèse de Paris, 1901-1902.

Byford (H.-T.). — Drainage of the stump and connective tissue in abdominal hysterectomy for fibroids and inflammatory disease. Tr. Am. Gynec. Soc., Philadelphia, 1896, XXI, 365-370.

Brenans (A.). — Etude critique du drainage à la Mikulicz, avantages et inconvénients; moyens de remédier à ces derniers. Thèse de Lyon, 1893-1894, n° 896.

Bœcket (J.). — De la suppression du drain dans les grandes opérations chirurgicales. *Bull. Soc. chirurg.*, 1889, t. XXV, p. 358-386.

Caboche (P.-G.). — Hystérectomie abdominale totale (procédé de Doyen); manuel opératoire et résultats. Thèse de Paris, 1897-1898.

Chaput. — De l'utilisation du conduit vaginal en guise de drain après l'hystérectomie totale (drainage vaginal sans tube). *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, Paris, 1910, XIV, 1-5.

Cunningham (S.-P.). — Pelvic infection and the application of drainage. Texas State J. M. Fort. Worth, 1918-19, XIV, 224-226.

Clark (J.-G.). — A critical review of seventeen hundred cases of abdominal section from the standpoint of intraperitoneal drainage. Johns Hopkins H. Rep. Baltimore, 1898, VII, pp. 1-107.

Carosi (E.). — Il drenaggio in chirurgia dopo le ultime perfezioni della medicatura antisettica 8°, Ascoli Piceno, 1895.

Charles (A.). — Du drainage par le procédé de Mikulicz; indications et technique. Thèse de Paris, 1892.

Dartigues. — *Presse médicale,* 1921.

Delage (J.-Ch.-F.). — L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. Thèse de Paris, 1900-1901.

Delbet (P.). — A propos du drainage en chirurgie abdominale. Soc. des chirurgiens de Paris, 18 mars 1921. Analyse in *Gazette des Hôpitaux,* Paris, 28 avril 1921, p. 524.

— Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine. *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* février et mars 1890.

— Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891, p. 374.

Dixon (A.). — To drain or not to drain. *American journal surgery et gyn.,* New-York, 1897-98, x, 115.

Drainge. — Notes chirurgicales: la question du drainage abdominal. *Semaine médicale,* Paris, 1911, pp. 103-104.

Delagenière (H.), du Mans. — Nouvelle technique de drainage de la cavité péritonéale. *Bull. Soc. chir.,* Paris, 30 mars 1898, pp. 358-361.

Engelen (Van). — Suppurations pelviennes chez la femme; étude clinique des indications des modes opératoires, 8°, Bruxelles, 1900.

FAURE (J.-L.). — Chirurgie des annexes de l'utérus. Paris, Octave Doin, édit., 1902.

— L'évolution de l'hystérectomie depuis vingt-cinq ans. Feestb. opgedr. aan H. Treub, Leiden, 1912, 370-376.

— Discussion sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chir.*, Paris, 20 oct. 1920, p. 1152.

FORGUE (E.) et MASSABUAU (G.). — Gynécologie, t. XXXIV, du Nouveau traité de Le Dentu et Delbet, Paris, 1916.

GOLDSPOHN (A.). — The indications and technique of vaginal drainage for suppuration in the pelvis. Tr. am. ass. obst. et gynec., 1903, New-York, 1904, XVI 108-119.

GUINARD (A.). — Art.: péritoine. Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Paris, 1910, t. XXIV.

GOSSET (A.). — Technique de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour annexites suppurées. *Journal de chirurgie,* Paris, 15 juillet 1909, pp. 1-21.

GRAVITZ. — Statistsche und experimental pathologische. *Beitrage zur Kentniss der Peritonitis Cherite Annalun,* Bd II, s. 770.

GUILLEMOT (Ch.-A.). — Contribution à l'étude du drainage en gynécologie. Thèse de Paris, 1913-1914.

HARTMANN (Henri) et METZGER (M.). — Le drainage abminal en gynécologie; à propos de 997 cœliotomies consécutives. *Annales de gynécologie et obstétrique,* Paris, 1910, pp. 329-349.

HUMISTON (W.-R.). — Do we drain too frequenthy in pelvic surgery. *Journal american medical Association,* Chicago, 1898, XXXI, 1291-1294.

Hallopeau (P.). — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chir.,* Paris, 27 oct. 1920, p. 1204.

Hinchey (F.). — Vaginal drainage in pelvic cases. *J. Missouri M. Assoc.,* St-Louis, 1918, xv, 356.

Hartmann. — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. Chir.,* Paris, 10 nov. 1920, p. 1265.

Haggard (W.-D.). — Peritoneal ganze drainage an easy method for its use through the vagina after abdominal section. *Journal american medical Association,* Chicago, 1905, xIiv, 1679-1681.

Hegar. — *Centralbl. f. Gyn.,* 1882, n° 7.

Igonet (R.). — Contribution à l'étude du drainage dans les laparotomies. Thèse de Lyon, 1905-06.

Jacoby (A.). — The drainage of the abdominal cavity. *N.-Orléans Med. et Surg. Journ.,* 1915-16 xviii° pp. 106-110.

Judet. — De la péritonisation dans les laparotomies. Th. de Paris, 1902.

Küstner (O.). — Die Indikationen und Kontra-indikationen der Banchhôhlendrainage nach der Laparotomie. *Zeitschrift fur Geburth. u. Gynaekologie,* Stuttgart, 1905, t. lv, p. 6.

Kelly (Howard). — Le drainage en chirurgie abdominopelvienne. *New-York medical journal,* t. cxiv, n° 7, 5 octobre 1921.

Kime (R.-R.). — Uterine drainage as a factory in the prevention and relief of pelvic inflammation. *Tr. Sourth. surg. et gynec. Ass.,* 1896, Philadelphia, 1897, ix, 149-163.

Keiffer. — De la valeur du drainage de la cavité abdominale après les interventions opératoires sur les organes pelviens. *Bull. Soc. belge de gynécol. et*

d'obstétr., Bruxelles, 1898-999, IX, pp. 16-21, 16-39.

KŒBERLÉ. — *Gazette des hôpitaux*, 1867.

KERRER. — Kapillar drainage der Banchhol. *Centralbl. f. Gyn.*, n° 33, 1882.

LE PLAY et MAY. — Recherches par l'absorption péritonéale. *Bull. Soc. biol.*, 29 juillet 1911.

— Etudes de la résorption péritonéale à la suite de lésions de la séreuse. *Bull. Soc. biol.*, 21 octobre 1911.

— Contribution à l'étude des voies d'absorption péritonéale. *Bull. Soc. biol.*, 28 oct. 1911.

LABADIE-LAGRAVE (F.) et LEGUEU (Félix). — Traité médico-chirurgical de gynécologie. Paris, F. Alcan, éditeur, 1904, 1304 pages.

LAPOINTE (M.-A.). — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chir.*, Paris, 10 nov. 1920, p. 1267.

LE PLAY et FABRE. — Recherche sur le mécanisme de la défense péritonéale à l'égard des corps étrangers. *Bull. Soc. biol.*, 16 déc. 1911.

— Physiologie du péritoine. Le grand épiploon.

LABBÉ (L.). — De la valeur du drainage péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie. Bull. Acad. médec., Paris, 1880, p. 1273-1280.

LEJARS (F.). — La valeur pratique du drainage abdominal. *Semaine médicale*, Paris, 1912, pp. 25-27.

MARION (Sims). — An ovariotomy, 1873.

LE DENTU et DELBET. — Affections chirurgicales de l'abdomen. Paris, Nouv. Tr. Chir., 1910, t. XXIV.

MIKULICZ. — Ueber die Anwendang der Antisepsis bei Laparotomien v. s. *W. Archiv. f. Klin. Chir.*, Bd. 26, S. 111.

— Ueber die Neusten Beskebungen die Aseptiche Wundbehandlung zu Vervolkommnen. *Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, Bd. 152, S. 187.

Milian. — La mobilité défensive de l'épiploon. *Gaz. des hôp de Paris*, juillet 1899.

Moore (J.-E.). — The use and abuse of drainage in surgery. *Medical Record*, New-York, 1891, xxxix, 315.

Mahmoud (H.). — Le drainage vaginal après l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale; ses indications; sa technique; procédés de choix. Thèse de Montpellier, 1910.

Mouchet (M.). — Sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chir. Paris*, 3 nov. 1920, p. 1238.

Murtry (Mc L.-S.). — The essential question of drainage in pelvic surgery. *Tr. am. Assoc. obstet. et gynec.* Philadelphia, 1892, v, 150-180.

Mourilhon (R.). — Hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées. *Gynécologie*, Paris, ix, 315-333, 1904.

Moble (C.-P.). — Drainage versus radical operation for suppuration in the female pelvis. *Journal american medical Association*, Chicago, 1902, xxxix, 912-913.

Olshausen. — Wieder die drainage. *Zeitschrift f. Geb. und Gynecol.*, Stuttgart, 1903, t. xlviii.

Ombrédanne. — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chirurgie de Paris*, 23 juin 1920, p. 956.

— Discussion sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chir. de Paris*, 20 octobre 1920, p. 1150-1192.

Price (J.). — Drainage in abdominal and pelvic surgery. *Proc. Phila. Co M. Soc.,* Phila, 1890, xi, 77-79.

Pozzi (S.). — Traité de gynécologie clinique et opératoire. 4e édition, Paris, 1905-1907.

Pauchet (V.). — Comment doit-on drainer le petit bassin après les interventions sur l'utérus et les annexes. *Archives provinciales de chirurgie,* Paris, 1906, xv, pp. 603-607.

Perdoux (J.). — Le drainage en gynécologie. Thèse de Paris, 1912.

Parrical de Chammard (H.). — L'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées. Thèse de Paris, 1907-1908.

— Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée. *Bull. Soc. chir. Paris,* 29 février 1888, pp. 205-214.

Pamard (P.). — Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie. Thèse de Paris, 1901-1902.

Potherat (E.). — Discussion sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chir. de Paris,* 20 oct. 1920, p. 1156.

Peaslée. — Ovarian tumors, 1855.

Quénu. — Note historique sur la péritonisation. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris,* 1903.

— A propos du drainage dans l'inondation péritonéale. Soc. de chirurgie, 1902, t. I, p. 153.

Quénu et Judet. — Péritonisation dans les laparotomies. *Rev. de chirurgie,* 1902, t. I, p. 153.

Rochard (J.). — Art.: drainage. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Paris, 1872, p. 699, t. 11.

Robinson. — Péritoine: histologie et physiologie, Chicago, 1897.

Richter (H.-M.) et Buchbinder (J.-R.). — The omission of drainage in common duct surgery. *J. Amer. Med. Ass.,* Chicago, 1919, Ixxiii, 1750.

Ritchie (H.-P.). — Vaginal section and drainage for suppuration in the pelvis. St Paul M. et S., St-Paul Minn., 1903, v. 261-274.

Savariaud (M.). — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chir. Paris,* 10 novembre 1920, p. 1263.

Schlimpert (J.). — Ueber den Werth der Drainagebehandlung bei Bauchhœhlenoperation. *Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturfoscher und Aerzte* 83. Versammlung zu Karlsruhe, 1911.

Sieber (H.). — Ueber die Drainage der Beckenbanchhœhle auf Grund von 315 diesbezngl. Fallen aus der Frauenklinik Tubingen. Thèse Tubing., 1903.

Tuffier (M.). — Fermeture de l'abdomen sans drainage dans l'appendicite à chaud. *Bull. Soc. chir. de Paris,* 23 juin 1920, p. 965.

— A propos du drainage dans l'opération des appendicites. *Bull. Soc. de chirurgie de Paris,* 1 décembre 1920, p. 1361.

Témoin (M.). — Discussion: sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. de chir. Paris,* 15 décembre 1920, pp. 1479.

Spencer (Wells). — International medical Congress, London, 1881.

Terrier et Delage. — L'hystérectomie abdominale supravaginal. *Revue de chir.,* 1901.

Veau (V.). — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. chir. de Paris,* 1920, p. 1207.

Vanverts (J.), Lille. — Drainage par voie abdominale après la laparotomie. Congrès national de gynécol., d'obst. et de pédiatr., 6e session, Toulouse, 22-27 septembre 1910; in *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* Paris, octobre 1910, p. 669.

— Le drainage dans l'hystérectomie abdominale; du drainage à travers le col utérin, dans les infections consécutives à l'hystérectomie subtotale. Congrès nation. période. de gynéc., d'obstétrique et de pédiatrie, Rouen, 1904, IV, pp. 347-355.

Violet. — Quatre cas d'hystérectomie subtotale pour pyosalpinx; hystérectomie par décollation (procédé de Faure); pas de drainage; guérison sans incidents. Soc. des sciences médic. de Lyon, séance du 8 nov. 1905. *Lyon médical,* 1905, pp. 866-872.

— De la restriction de l'emploi du drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique. *Lyon médical,* 1906, pp. 373-380, 25 février 1906.

Villar (F.). — Du drainage abdominal dans l'hystérectomie abdominale totale au moyen de drains en aluminium. Mém. et bull. Soc. médec. et chir. de Bordeaux, 1898, pp. 482-484.

Watkins (T.-K.). — Technique, indications and limitations of vaginal section and drainage for pelvic disease. *Illinois Medical Journal Spring.,* 1902-03, Ill, 434-441; *Ann. Gynec.,* N.-Y., 1902, I, 128-137, 3 fig.

Yvert (A.). — Le drainage de la cavité pelvienne en gynécologie. *Gazette des hôpitaux de Lyon,* 1904, V, 343-359.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *De la suppression du Drainage Préventif du Péritoine dans les laparotomies pour annexites suppurées.*

Par M. Jean Grégorj

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 25 janvier 1922.
Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :
Montpellier, le 26 janvier 1922.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 janvier 1922.
Le Recteur,
Pour le Recteur,
Le vice-président du Conseil de l'Université,
E. MASSOL.